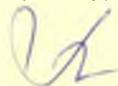


ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

На правах рукописи



ВАГИНА ЮЛИЯ ИВАНОВНА

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ,
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ**

Специальность 14.01.04 – Внутренние болезни
(медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Луганск – 2022

Работа выполнена на кафедре внутренней медицины, пульмонологии и аллергологии ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Научный руководитель: **Победенная Галина Павловна**
доктор медицинских наук, профессор, ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», заведующая кафедрой внутренней медицины, пульмонологии и аллергологии

Официальные оппоненты: **Моногарова Надежда Егоровна**
доктор медицинских наук, доцент, ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, заведующая кафедрой факультетской терапии им. А. Я. Губергрица (г. Донецк, РФ)

Плотникова Екатерина Юрьевна
доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «КемГМУ», профессор кафедры поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела (г. Кемерово, РФ)

Ведущая организация: Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака (г. Донецк, РФ)

Защита диссертации состоится «23» декабря 2022 года в 10:00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.005.01 в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» по адресу: 91045, РФ, ЛНР, г. Луганск, кв. 50-летия Оборона Луганска, дом 1г.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (91045, РФ, ЛНР, г. Луганск, кв. 50-летия Оборона Луганска, дом 1г, библиотека).

Автореферат разослан «21» ноября 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 001.005.01
кандидат медицинских наук, доцент



И.А. Белик

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Внегоспитальная пневмония (ВП) остается одной из важных проблем современной внутренней медицины. Несмотря на значительный арсенал антибактериальных препаратов, современные протоколы лечения пневмоний, смертность от них остается на достаточно высоком уровне (Чучалин А.Г. и др., 2014; Bassendine M.F. et al., 2020). Одной из причин является коморбидность, которая модифицирует течение заболевания, отягощает его и является фактором риска осложнений (Поваляев Д.В. и др., 2017; Болотова Е.В. и др. 2017; Моногарова Н.Е. и др., 2017; Амирова Э.Ф. и др., 2017), и, нередко, летального исхода. В отягощенном течении пневмоний выявлено отрицательное значение сочетания с сердечно-сосудистой (Перцева Т.А., 2015; Болотова В.Е. и др., 2017), дыхательной патологией (Амирова Э.Ф. и др., 2018), ожирением (Знаменская Л. К. и др., 2018; Кулигин А.В., 2021). Ожирение имеют до 30% населения планеты (ВНО, 2016; Arroyo-Johnson et al., 2016). По современным данным, лица с ожирением имеют риск развития пневмонии в 2 раза выше, чем в популяции (Phung D.T. et al., 2013). Ожирение также является фактором риска тяжелого течения пневмонии (Светлицкая О.И. и др., 2013; Л. К. Знаменская др., 2018; Кулигин А.В. и др., 2021). Среди патогенетических звеньев заболевания ВП и ожирения одним из ведущих является системное воспаление (Лузина Е.В. 2011; Амирова Э.Ф. et al., 2016), вызванное патологическими возбудителями (Алкина М.В. и др., 2016). При ВП неоднократно обсуждалось участие различных медиаторов воспалительной реакции, в т.ч. цитокинов, состояния иммунной системы, системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, синдрома эндогенной метаболической интоксикации, ВП (Левитан Б.Н. и др., 2016; Самородская И.В., 2016; Rendon A. Et al., 2016; Решетникова Л.К., 2017; Плехова Н.Г. и др., 2017; Науширванов О.Р. и др., 2020), особенностей респираторной функции при ожирении (Sood A., 2010; Bastard J. et al., 2016). Тем не менее, механизмы формирования всех основных патогенетических звеньев ВП, сочетанной с ожирением, остаются изученными недостаточно, в т.ч. изменения синтеза эйкозаноидов при ВП, в частности, лейкотриена В₄, тромбоксана А₂, их связь с другими патогенетическими механизмами и значение в развитии воспалительной реакции, динамика на фоне лечения. В формировании осложнений ВП, сочетанной с ожирением, важное значение имеют микроциркуляторные расстройства, однако, состояние микроциркуляторного русла и факторы, его определяющие, требуют изучения с целью повышения эффективности лечения, медицинской

реабилитации больных и предотвращения развития осложнений. Среди лекарственных средств для коррекции основных звеньев патогенеза ВП, сочетанной с ожирением, могут быть рассмотрены препараты омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), имеющие противовоспалительные, антиагрегантные, иммуномодулирующие свойства (Бондаренко Т.В., Моргунов Л.Ю., 2016; Плотникова Е.Ю. и др., 2018) и на этапе медицинской реабилитации - иммуностимулирующий препарат люкозаминилмурамилдипептид (ГМДП) (Сетдикова Н.Х. и др., 1995; Ревякина В.А. и др., 2009; Сизякина Л.П., Урбан Е.О., 2009; Воронина Е. В., 2011; Скиба Т.А. и др., 2018).

Степень разработанности проблемы исследования. В современной литературе накоплен научный материал о возбудителях ВП в современных условиях (Чучалин А.Г., 2009; Синопальников А.И., 2010; Ильина Г.Л., 2014), некоторых клинических особенностях ВП у больных с ожирением (Phung D.T. et al., 2013), состоянии функции внешнего дыхания при ожирении (Яшина Л.А., 2016), патогенетических характеристиках ВП и ожирения (Bastard J. et al., 2006; Bondia-Pons I. et al., 2012; Savini I. et al., 2013; Heymssfield S.B. et al., 2017), методах лечения ВП (Мирхайдаров А.М. и др., 2016; Шаймуратов Р.И., Визель А.А., 2017; Титова Е.А. и др., 2017; Круглякова Л.В. и др., 2017; Афиногенов К.И., 2017; Кулигин А.В. и др., 2021), медицинской реабилитации больных (Клячкин Л.М., Щегольков А.М., 2000; Малаявин А.Г. и др., 2010) и ожирения (Shaper A. et al., 2005; Slentz C.A. et al., 2005) и их эффективности. Однако, состояние вторичных мессенджеров воспаления при клиническом выздоровлении, состояние основных клеток крови, которые определяют осложнения при пневмонии - тромбоцитические и, как следствие, фиброзные изменения в легочной ткани, состояние основных патогенетических показателей в ранний реабилитационный период, которые определяют его эффективность, а также методы реабилитации остаются исследованными недостаточно.

Объект исследования – клинические и патогенетические особенности внегоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением, и результаты лечения и медицинской реабилитации больных с данной патологией.

Предмет исследования – клинические проявления внегоспитальной пневмонии в сочетании с ожирением, структурные и функциональные показатели эритроцитов, тромбоцитов, содержание лейкотриена В₄, тромбоксана А₂ по стабильному метаболиту В₂, интерлейкинов (ИЛ)-8, ИЛ-4, состояние микроциркуляции и величина конъюнктивальных индексов по данным биомикроскопии бульбарной конъюнктивы, фагоцитарная активность моноцитов, эффективность

комплексного лечения с использованием омега-3 ПНЖК и в медицинской реабилитации - иммуностропного препарата ГМДП.

Цель исследования – выявить клинические и патогенетические особенности внегоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением, и путем их коррекции повысить эффективность лечения и медицинской реабилитации больных с данной патологией.

Задачи исследования:

1. Выяснить особенности клинических проявлений внегоспитальной пневмонии у больных с ожирением.

2. Уточнить выраженность системного воспаления по содержанию в сыворотке крови эйкозаноидов и про- и противовоспалительных цитокинов у больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением.

3. Оценить состояние микрогемодинамического русла у больных с сочетанием внегоспитальной пневмонией и ожирения.

4. Изучить состояние показателей неспецифической иммунной защиты.

5. Проанализировать динамику основных патогенетических показателей при внегоспитальной пневмонии под влиянием традиционного лечения.

6. Определить эффективность комплексного лечения больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, при использовании препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, и в медицинской реабилитации - иммуностропного препарата глюкозаминилмурамилдипептида.

Научная новизна исследования. Впервые установлены особенности патогенеза ВП, сочетанной с ожирением, заключающиеся в более выраженном системном воспалении, структурно-функциональных изменениях основных клеток крови эритроцитов и тромбоцитов, способствующих микроциркуляторным нарушениям, дисбалансе цитокинов и фагоцитарной активности моноцитов. Показано, что ожирение оказывает отягощающее влияние на клинические проявления ВП в виде ухудшения состояния функции внешнего дыхания с развитием ДН I степени, наличием дислипидемии и инсулинорезистентности, снижением толерантности к физической нагрузке. Выяснено, что при проведении традиционной терапии вторичные мессенджеры воспаления эйкозаноиды ЛТВ4 и ТхВ2, ИЛ-8 остаются значительно повышенными при клиническом выздоровлении от ВП, сочетанной с ожирением, и служат неблагоприятными факторами для развития осложнений, а также повторных эпизодов острых респираторных заболеваний. Продемонстрирована

эффективность предложенного лечения с применением омега-3 ПНЖК и ГМДП у пациентов с ВП, сочетанной с ожирением, на сниженные показатели системного воспаления, восстановление функции внешнего дыхания, повышение толерантности к физической нагрузке.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Теоретическая значимость работы обусловлена важностью выявленных клинических, биохимических и иммунологических показателей, позволяющих оптимизировать диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию больных ВП, сочетанной с ожирением. Выделен спектр ключевых биохимических, иммунологических показателей и критериев состояния микроциркуляторного русла, свидетельствующих о достоверном негативном влиянии ожирения на течение ВП. Практическая значимость в разработке рекомендаций комплексного лечения пациентов с ВП и ожирением с использованием омега-3 ПНЖК, а в медицинской реабилитации – иммуностропного препарата ГМДП.

Методология и методы исследования. Методология настоящей диссертации заключается в аналитико-синтетической обработке информации по теме диссертации, динамическом обследовании рандомизированных групп больных с сочетанием ВП и ожирения, их клинико-патогенетической характеристике, определении эффективности предложенного способа лечения и медицинской реабилитации, а также использовании различных методов научного познания.

Положения, выносимые на защиту:

1. У больных с внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, наблюдается затяжное течение заболевания с развитием дыхательной недостаточности I степени, с более длительным рассасыванием пневмонического инфильтрата и более низкой толерантностью к физической нагрузке.

2. Внегоспитальная пневмония, сочетанная с ожирением, проявляется более высоким уровнем системного воспаления: повышение уровней в крови СРБ, ЛТВ4, ТхВ2 в 1,8–1,3–1,3 раза как в начале болезни, так и при появлении признаков клинического выздоровления.

3. Сочетание внегоспитальной пневмонии и ожирения сопровождаются изменением структурно-функциональных свойств основных клеток крови в виде повышения сорбционной способности мембран эритроцитов, увеличением количества и размеров тромбоцитов с нарастанием их агрегационной способности с развитием микроциркуляторных нарушений, а также угнетением фагоцитарной активности моноцитов.

4. Традиционная терапия внегоспитальной пневмонии, сочетанной

с ожирением, не устраняет в полном объеме выявленных нарушений.

5. Использование в комплексном лечении пациентов с внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, в период стационарного лечения препарата омега-3 ПНЖК способствует более выраженному снижению уровней воспалительных и проагрегантных показателей крови.

6. Медицинская реабилитация, с применением иммуноактивного препарата ГМДП пациентам, перенесшим ВП, сочетанную с ожирением, способствовала восстановлению изученных показателей, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению индекса инсулинорезистентности.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность диссертационного исследования подтверждается рандомизацией групп и достаточным количеством пациентов в группах, современными научными методами исследования, соответствующими поставленным цели и задачам, а также статистической обработки полученных данных.

Результаты исследования представлялись на V съезде фтизиатров и пульмонологов Украины (г. Киев, 2013 г.), Всеукраинской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Сучасні аспекти медицини і фармації-2014» (г. Запорожье, 2014), XXVII-XXVIII Национальных конгрессах по болезням органов дыхания (г. Москва, 2017-2018), XVI Конгрессе терапевтов (г. Москва, 2020 г.), IV съезде терапевтов СКФО (г. Ставрополь, 2018), III-IV Международных форумах «Искусство побеждать ...болезнь» (г. Донецка, 2017, 2020 гг.), международной научно-практической конференции «Здоровье людей – высшее благо общества» (Луганск, 2017 г.), научно-практической конференции терапевтов Юга России «От инновационных технологий – к практике», (г. Ростов-на-Дону, 2018 г.), VI съезде терапевтов ЮФО (г. Ростов-на-Дону, 2019 г.).

Научные результаты, полученные в диссертации, внедрены в практическую деятельность терапевтических отделений больниц ЛНР и в учебный процесс кафедр терапевтического профиля ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из которых 3 статьи в журналах, включенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК ЛНР, 10 тезисов – в сборниках материалов отечественных и зарубежных конгрессов, съездов и научно-практических конференций.

Структура диссертации. Диссертация построена традиционно, изложена на 173 страницах компьютерного набора текста и вступления, обзора литературы, раздела материалов и методов исследования, 4 разделов собственных исследований, анализа и обобщения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, содержит 23 таблицы, 18 рисунков. Список литературы включает 210 наименований, из них кириллицей – 135, латиницей – 75.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 127 пациентов с внегоспитальной пневмонией (ВП), в т.ч. 61 мужчина (48%) и 66 женщин (52%), из них 63 больных ВП, сочетанной с ожирением I-II степени (основная группа), 64 больных с ВП и нормальной массой тела (группа сравнения). Средний возраст больных составлял $(35,5 \pm 2,6)$ лет, Все пациенты были в возрасте от 27 до 63 лет и лечились в стационарных терапевтических отделениях городских больниц г. Луганска и затем наблюдались в терапевтических поликлинических отделениях на протяжении 2011-2013 гг. Все пациенты относились к II-III клинической группе ВП и были госпитализированы в терапевтическое отделение.

Критериями включения в исследование, кроме наличия диагностированных болезней, были: согласие на участие в исследовании, приверженность к предложенному варианту лечения. Критериями исключения были осложненное течение ВП, наличие сопутствующих хронических obstructивных заболеваний легких, гепатиты, болезни почек, сахарный диабет, другие эндокринопатии, туберкулез, злоупотребление алкоголем и наркотическая зависимость, онкопатология, обострение хронических заболеваний. Для выработки нормативных значений всех показателей были обследованы 33 практически здоровых лица того же пола и возраста.

Понятие ВП, тяжесть течения и клиническую группу заболевания, наличие дыхательной недостаточности (ДН), а также определение ожирения определяли в соответствии с действующими на момент выполнения исследования клиническими протоколами.

У всех больных изучалась медицинская документация, антропометрические показатели, с их помощью определяли индекс массы тела (ИМТ). Для косвенной оценки массы внутриабдоминальной жировой ткани проводили измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ) и рассчитывали их соотношение (ОТ/ОБ). Абдоминальный тип ожирения был установлен у 53 пациентов (84,1%)

и характеризовался соотношением ОТ/ОБ $>0,85$ у женщин и ОТ/ОБ >1 у мужчин. Объем лабораторных исследований включал определение общеклинических (анализы крови, мочи, мокроты, кала) и биохимических показателей (уровень глюкозы, HbA_{1c}, индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR), С-реактивного белка (СРБ), липидного спектра, тимоловой реакции, билирубина и его фракций, аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз, коагулограммы крови). Определение фагоцитарной активности моноцитов выполнялось чашечным методом соответственно рекомендациям В.М. Фролова и соавторов (1990) с вычислением показателей фагоцитарного числа (ФЧ) и фагоцитарного индекса (ФИ) с живой суточной культурой *St. aureus* как объекта фагоцитоза. Концентрацию LTB₄ и TxB₂ (стабильного метаболита TxA₂) в сыворотке крови изучали с помощью наборов для определения «LTB₄ ELISA kit» и «TxB₂ ELISA kit» (Enzo Life Sciences, USA). Состав исследуемых цитокинов сыворотки IL-4, IL-8 изучали спектрофотокориметрическим методом с использованием наборов реактивов для иммуноферментного анализа, разработанного фирмой «Протенновый контур» и ООО «Цитокин» (РФ, Санкт-Петербург). Спонтанную и АДФ-индуцированную агрегационную способность тромбоцитов (АСТр) изучали с использованием стандартного раствора аденозин-5-дифосфат динатриевой соли в концентрации 2,5 и 5 мкм/л на лазерном агрегометре НИФ «Биола» 230-LA (РФ), морфофункциональное состояние эритроцитов и тромбоцитов – на анализаторе К-1000 («Sysmex», Япония). Количественные и структурные характеристики тромбоцитов включали определение содержания тромбоцитов в периферической крови, тромбоцитарных индексов: MPV (mean platelet volume) – средний объем тромбоцитов, PDW (platelet size distribution width) – ширина распределения тромбоцитов по объему и P-LCR (platelet large cell ratio) – отношение количества крупных тромбоцитов к общему количеству тромбоцитов (коэффициент больших тромбоцитов), определяли гематокритное число, оценивался средний корпускулярный объем эритроцитов (MCV), сорбционная способность их мембран (ССМЭ) по методике А.А. Тогайбасва и др. (1988).

Инструментальные методы обследования больных включали рентгенологическое исследование органов грудной клетки, компьютерную спирометрию на аппарате «Spirobank» (MIR, Италия). Сатурацию кислорода (SpO₂) у исследованных определяли аппаратом «Ютасокси» (Украина, Харьков). Состояние микроциркуляции изучали методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы с помощью

щелевой лампы ПЦЛ-2М (ЗОМЗ, РФ) в соответствии с опубликованными рекомендациями с вычислением конъюнктивальных индексов – КИ₁ (сосудистые изменения), КИ₂ (внутрисосудистые изменения) и КИ₃ (периваскулярные изменения). Общий конъюнктивальный индекс КИ_{общ} рассчитывали как сумму трех индексов (КИ₁ + КИ₂ + КИ₃). Внутрисосудистую агрегацию форменных элементов крови наблюдали при наличии сладж-феномена по N.H. Knisely, 1965. Привыские толерантности к физической нагрузке определяли с помощью теста с шестиминутной ходьбой.

Лечение всех больных осуществлялось согласно действующим в указанный период рекомендациям по лечению ВП и ожирения. В лечении использовались режим и диета с ограничением калорийности рациона для больных ВП сочетания с ожирением, а для больных ВП – №15. Лечение в стационаре включало назначение антибактериальной терапии (АБТ) с применением антибиотиков широкого спектра действия. Эффективность лечения антибиотиками оценивали через 48-72 часа в соответствии с существующими критериями эффективности. При плохой переносимости повышенной температуры тела лечение дополняли парацетамолом в терапевтической дозе. Пациентам дополнительно назначали отхаркивающие препараты, муколитики, дыхательную гимнастику.

Все пациенты с ВП, сочетанной с ожирением, в зависимости от предложенного варианта лечения, методом слепой рандомизации были разделены на 2 подгруппы – «а» и «б». Подгруппа «а» получала лечение согласно протоколам, которое было обозначено как «традиционное», дыхательные упражнения в соответствии с существующими рекомендациями (Малявин А.Г., 2010).

Пациентам подгруппы «б» дополнительно к традиционному лечению при нахождении в стационаре назначали препарат омега-3 ПНЖК «Эпадол» в дозе 0,25 г по 2 капсулы 4 раза в день до выписки, с продолжением приема в течение одного месяца, а после выписки – добавляли препарат ГМДП (Ликопид) по 1 мг (1 таб.) 1 раз в день утром натощак рассосать во рту за 30 мин. до еды в течение 10 дней, диету, дыхательные упражнения и дозированная физическая нагрузка в течение 3 месяцев. Такое лечение мы обозначали как «комплексное». Все дополнительные препараты, хорошо переносились больными, случаев побочного действия отмечено не было. Клиническое обследование пациентов проводили в первые 1-2 дня пребывания в стационаре и при выписке, затем на амбулаторном этапе в сроки общепринятого диспансерного наблюдения.

Математическая обработка полученных результатов выполнялась

на IBM-совместимой ЭВМ Pentium II 450 Intel MMX Technology с использованием лицензионных программ «Microsoft Excel» и «Statistica» (пакет Mathcad 7 Professional, MathSoft Inc. 1997).

Результаты собственных исследований и их обсуждение. При госпитализации респираторный синдром отмечался у всех больных (100%), однако, на одышку жаловались 19 больных (30,2%) из основной группы и 11 пациентов (17,2%) из группы сравнения. Интоксикационный синдром также наблюдался у всех пациентов (100%). Астенический синдром с проявлениями слабости и утомляемости беспокоил 49 больных (77,8%) из основной группы или в 1,4 раза чаще, чем пациентов из группы сравнения (36 - 56,3%). Причиной ВП у большинства пациентов группы основной и сравнения было переохлаждение, в среднем, у трети пациентов каждой из групп заболевание развилось как осложнение вирусной инфекции.

При перкуссии у всех больных обнаруживалось притупление перкуторного звука в правом или левом легком, при аускультации там же – фокус мелкопузырчатых хрипов или крепитации, а рентгенологическое исследование легких выявляло очаг инфильтрации. SpO₂ у больных основной группы составляла 95,7±1,6%, в группе сравнения - 96,2±1,2%. При лабораторном исследовании крови у всех больных выявлялся нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом. Уровень глюкозы натощак у пациентов основной группы был несколько выше, чем в группе сравнения, но не выше общепринятой нормы, а значения индекса инсулинорезистентности НОМА в 1,4 раза ($p<0,05$) выше, чем у практически здоровых лиц и больных группы сравнения. У больных основной группы показатель СРБ в начале лечения был в 4,8 раза ($p<0,001$) выше, чем условная норма или 1,3 раза ($p<0,05$) выше, чем в группе сравнения. Уровень холестерина в липидограмме крови больных основной группы был в 1,14 раза выше, чем у здоровых, а величина триглицеридов (ТГ) у больных - в 1,4 раза ($p<0,05$) выше, чем у здоровых и в группе сравнения. В биохимических показателях существенных изменений ни в подгруппе «а», ни в группе сравнения не отмечалось.

На третьи сутки после старта АБТ у 28 больных (%) подгруппы «а» основной группы были отмечены критерии эффективности, у 3-х пациентов возникла необходимость в замене антибактериального препарата с последующим положительным эффектом.

К выписке полное рассасывание инфильтративных изменений в легких по рентгенограмме в подгруппе «а» было у 20 пациентов (64,5%), небольшие участки инфильтрации в месте пневмонического очага наблюдались у 11 больных (35,5%). В группе сравнения полное

рассасывание пневмонических инфильтратов диагностировано у 48 больных (75,0%), частичные изменения легочной ткани на месте пневмонического инфильтрата сохранялись на рентгенограмме при выписке у 16 больных (25,0%).

Перед выпиской у пациентов подгруппы «а» основной группы СРБ снизился в 2,5 раза ($p<0,001$) от исходного, остался выше, чем в норме в 1,8 раза ($p<0,01$) и в 1,2 раза ($p<0,05$) выше, чем в группе сравнения. По результатам теста с 6-минутной ходьбой при выписке у больных подгруппы «а» дистанция оказалась на 59,3 м меньше, чем в группе сравнения.

Таким образом, у пациентов с ожирением наблюдалось более тяжелое течение ВП с наличием респираторного, интоксикационного и астенического синдромов, наличием дислипидемии, инсулинорезистентности, более длительным рассасыванием пневмонического инфильтрата и более низкой толерантностью к физической нагрузке.

При характеристике патогенетических показателей состояния организма пациентов основной группы следует отметить, что в подгруппе «а» концентрация ЛТВ4 сыворотки крови оказалась в 17,0 раз ($p<0,001$) выше, чем у практически здоровых лиц и в 1,3 раза ($p<0,05$) выше, чем в группе сравнения, в моче больных - также в 1,3 раза ($p<0,05$) выше, чем в группе сравнения. Между уровнем ЛТВ4 в сыворотке крови и показателем СРБ у пациентов подгруппы «а» в начале наблюдения была выявлена положительная корреляционная связь высокой силы ($r=+0,718$; $p<0,05$), которая была сильнее, чем в группе сравнения ($r=+0,682$; $p<0,05$), и к выписке несколько ослабла в подгруппе «а» до ($r=+0,502$; $p<0,05$) и в группе сравнения - до ($r=0,407$; $p<0,05$). Перед выпиской у лиц в подгруппе «а» значения ЛТВ4 снизились, но остались в 5,2 раза ($p<0,001$) выше условной нормы и выше, чем в группе сравнения, в 1,4 раза ($p<0,05$), что подтверждает неполную эффективность проведенного лечения, несмотря на клиническое выздоровление у большинства пациентов основной группы. В моче пациентов подгруппы «а» динамика концентрации ЛТВ4 на фоне терапии была однонаправленной с таковой в группе сравнения и также осталась несколько выше условной нормы.

У больных основной группы показатель ТхВ2 сыворотки крови был в 12,4 раза ($p<0,001$) выше аналогичного у практически здоровых лиц и в 1,3 раза ($p<0,05$) выше, чем в крови больных группы сравнения. После лечения концентрация ТхВ₂ в сыворотке крови пациентов подгруппы «а» снизилась от начальной в 1,6 раза ($p<0,05$) пг/мл, но условной нормы не достигла и осталась выше нее в 7,6 раза ($p<0,001$) и

выше, чем у больных группы сравнения в 1,7 раза ($p < 0,05$). Показатели ТхВ2 в моче всех исследованных пациентов были повышенными по сравнению с практически здоровыми лицами в подгруппе «а» и группе сравнения соответственно в 2,0 раза ($p < 0,01$) и 1,3 раза ($p < 0,05$), а после лечения несколько снизились, но остались выше референтной нормы.

Между содержанием ТхВ2 и ЛТВ4 в крови у пациентов подгруппы «а» и группы сравнения были выявлены позитивные корреляционные связи средней силы, соответственно ($r = +0,541$; $p < 0,05$) и ($r = +0,483$; $p < 0,05$), которые после лечения ослабли, соответственно до ($r = +0,358$; $p < 0,05$) и ($r = +0,307$; $p < 0,05$), однако, стали слабее в группе сравнения, что указывает на более выраженный противовоспалительный эффект лечения ВП у пациентов без ожирения. Исходный показатель ИЛ-8 у больных подгруппы «а» был выше, чем у практически здоровых лиц, в 2,5 раза ($p < 0,001$) и выше, чем в группе сравнения, в 1,4 раза ($p < 0,05$). К выписке концентрация ИЛ-8 снизилась в 1,5 раза ($p < 0,05$), но осталась выше условной нормы в 1,8 раза ($p < 0,01$) и выше, чем в группе сравнения, в 1,4 раза ($p < 0,05$). У больных подгруппы «а» в начале заболевания уровень ИЛ-4 в сыворотке крови также не отличался от такового в контрольной группе, и к выписке повысился в 1,13 раза ($p < 0,05$), но остался ниже, чем в группе сравнения, в 1,3 раза ($p < 0,05$). Между показателями ИЛ-8 и ИЛ-4 в крови больных группы сравнения выявлялась слабая позитивная корреляционная связь ($r = +0,326$, $p < 0,05$), которая исчезала после лечения ВП. У больных подгруппы «а» слабая корреляционная связь в начале лечения ($r = -0,326$, $p < 0,05$) к выписке сохранялась, но изменяла свою направленность ($r = +0,341$, $p < 0,05$), что можно объяснить недостаточной эффективностью проведенной терапии. Сильные исходные корреляционные зависимости между концентрацией ЛТВ4 и ИЛ-8, соответственно ($r = +0,801$, $p < 0,05$) и ($r = +0,743$, $p < 0,05$) у пациентов подгруппы «а» и группы сравнения после лечения ослабели, но более значительно, - в группе сравнения: соответственно ($r = +0,593$, $p < 0,05$) и ($r = +0,418$, $p < 0,05$).

Таким образом, у всех пациентов с ВП отмечен дисбаланс цитокинов опозиционного действия в виде повышения концентрации в сыворотке крови провоспалительного ИЛ-8 и незначительного повышения противовоспалительного ИЛ-4 в начале заболевания. К выписке в группе сравнения отмечено снижение концентрации в сыворотке крови провоспалительного ИЛ-8 и значительное повышение противовоспалительного ИЛ-4. У больных подгруппы «а» после проведенного лечения концентрация провоспалительного ИЛ-8 в сыворотке крови также снизилась, но осталась выше, чем в норме, наряду с незначительным увеличением величины ИЛ-4, что

подтверждает недостаточный эффект проведенного лечения на нормализацию лабораторных показателей.

У пациентов подгруппы «а» КИ1 достоверно превышал аналогичный показатель здоровых лиц в 1,7 раза, и на 10 % - КИ1 больных группы сравнения. Наиболее значимыми были изменения КИ2, который в 2,8 раза ($p < 0,001$) больше референтных значений и на 14,7 % превышал КИ2 пациентов группы сравнения. КИ3 составлял $(0,72 \pm 0,04)$ и, в 1,6 раза был выше КИ3 в группе сравнения. Изменения всех КИ отражались на повышении КИобщ, который достиг $(10,61 \pm 0,22)$, был в 2,6 раза ($p < 0,01$) выше аналогичного у практически здоровых лиц и в 1,12 раза выше, чем у больных группы сравнения. После лечения у больных подгруппы «а» все КИ остались выше, чем условная норма и в группе сравнения.

На фоне традиционного лечения у всех исследованных больных ВП отмечалось улучшение показателей микрогемодикуляции с ускорением кровотока в зонах с замедлением, повышение линейной плотности капилляров, уменьшились проявления сладж-синдрома, площадь периваскулярного отека, подверглись обратному развитию микрогеморрагии. Тем не менее, у больных подгруппы «а» основной группы динамика выявленных положительных изменений была более медленной, чем у пациентов группы сравнения, что отражалось в более торпидных изменениях КИ. Структурно-функциональные изменения эритроцитов у пациентов подгруппы «а» наряду с возрастанием MCV, характеризовались увеличением показателя CCMЭ в 1,5 раза ($p < 0,01$) от условной нормы и показателя группы сравнения в 1,3 раза ($p < 0,05$). К выписке CCMЭ в подгруппе «а» осталась выше должной и аналогичной в группе сравнения в 1,3 раза ($p < 0,05$).

В подгруппе «а» MPV был выше, чем у здоровых лиц, в 1,4 раза ($p < 0,05$), и выше, чем в группе сравнения, на 11% ($p < 0,05$). После лечения MPV у лиц подгруппы «а» снизился на 10,1%, но продолжил превышать и условную норму в 1,2 раза и таковой в I группе на 14,3%. Исходная величина PDW в подгруппе «а» по сравнению со здоровыми лицами была выше в 1,4 раза ($p < 0,01$), а к выписке снизилась в 1,2 раза ($p < 0,05$), однако продолжила превышать аналогичную здоровых лиц в 1,2 раза и таковую группы сравнения – в 1,15 раза ($p < 0,05$). Начальный показатель P-LCR в подгруппе «а» был достоверно выше, чем у здоровых лиц, в 1,4 раза и группы сравнения - в 1,1 раза ($p < 0,05$), а после лечения остался выше нормы в 1,2 раза ($p < 0,05$).

У больных подгруппы «а» все показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов были повышенным по сравнению с условной нормой и аналогичными группы сравнения, а

после лечения - снизились, но условной нормы не достигли. У больных группы сравнения показатели АСТр частично нормализовались после традиционной терапии. При этом корреляционные связи между структурными и функциональными характеристиками тромбоцитов у больных подгруппы «а», определенные до и после лечения, отражали недостаточную эффективность проведенной традиционной терапии.

При изучении показателей фагоцитарной активности моноцитов у пациентов подгруппы «а» ФЧ составило $(2,56 \pm 0,31)$ усл. ед., что было в 1,3 раза ($p < 0,05$) меньше референтной нормы и показателя группы сравнения. ФИ у лиц подгруппы «а» основной группы: этот показатель был ниже, чем у здоровых лиц, в 1,2 раза и в 1,3 раза ($p < 0,05$), ниже, чем в группе сравнения.

Таким образом, у больных с ВП, сочетанной с ожирением, традиционное лечение улучшило клинические и лабораторные показатели, однако, к выписке наблюдалось неполное рассасывание пневмонического инфильтрата, сохранение признаков системной воспалительной реакции в организме в виде сохранения повышенными в крови уровней СРБ, ЛТВ4, ТхВ2, с дисбалансом оппозиционных цитокинов ИЛ-8 и ИЛ-4, угнетением неспецифического иммунитета со сниженной фагоцитарной активностью моноцитов, нарушениями микроциркуляции с преимущественными внутрисосудистыми расстройствами вследствие изменений структуры и функции основных клеток крови эритроцитов и тромбоцитов по сравнению с пациентами ВП без ожирения. Это может быть фактором риска затяжного течения и развития осложнений ВП у больных с ожирением.

Использование комплексного лечения и медицинской реабилитации у пациентов с ВП, сочетанной с ожирением, подгруппы «б» оказалось более эффективным, чем традиционная терапия.

У пациентов подгруппы «б», получавших комплексное лечение, к выписке наблюдалась тенденция к более быстрому клиническому выздоровлению. Так, респираторный синдром с проявлениями кашля сухого или с отделением небольшого количества слизистой мокроты сохранялся у 21 больного (67,6%) в подгруппе «а» основной группы, и у 19 пациентов (59,4%) в подгруппе «б». Астенический синдром в виде сохранения небольшой слабости, потливости сохранялся у 23 больных (74,2%) подгруппы «а» основной группы и у 21 больного (65,6%) подгруппы «б». Полное рассасывание пневмонической инфильтрации в подгруппе «б» было отмечено у 23 больных - 71,9%, против 20 (или 64,5%) в подгруппе «а», частичные изменения легочной ткани на месте пневмонического инфильтрата сохранялись к моменту выписки у 9 больных 28,1% или в подгруппе «а» - у 11 больных (35,5%). При

спирометрическом обследовании у пациентов подгруппы «б» к выписке была зарегистрирована тенденция к более значительному повышению ЖЕЛ, чем в подгруппе «а» ($73,5 \pm 2,7\%$) – до $77,8 \pm 3,1\%$, что достигло нижних значений нормы. ОФВ₁ у лиц подгруппы «б» возрос от исходного до $78,6 \pm 3,8\%$ и был сравним с таковым у подгруппы «а» $76,2 \pm 3,7\%$. Тест с 6-минутной ходьбой к моменту выписки у пациентов в подгруппе «б» продемонстрировал результат в $476,2 \pm 8,4$ м, в подгруппе «а» – $462,3 \pm 14,6$ м. Средний срок госпитализации у пациентов подгруппы «б» составил $12,4 \pm 0,8$ дней, что на 1,8 дней меньше, чем у лиц подгруппы «а» – $14,2 \pm 0,7$ дней.

Наиболее существенные результаты комплексного лечения были отмечены при анализе лабораторных исследований: в виде СРБ, который был ниже в подгруппе «б» на $17,6\%$, чем в подгруппе «а», более интенсивного снижения содержания эйкозаноидов ЛТВ₄ и Тхв₂, которые в подгруппе «б» стали ниже соответственно в 1,3 раза ($p < 0,05$) и в 1,5 раза ($p < 0,05$), чем у исследованных подгруппы «а». На фоне комплексного лечения было более интенсивным снижение в крови провоспалительного ИЛ-8 – в 1,3 раза ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным у больных подгруппы «а» (Таблица).

Таблица - Динамика цитокинов в сыворотке крови исследованных пациентов с ВП, сочетанной с ожирением, ($M \pm m$), пг/мл

Показатель, пг/мл	Показатель практически здоровых лиц (n=33)	Подгруппа «б» (n=32)		Подгруппа «а» (n=31)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИЛ-8	$7,3 \pm 1,3$	$18,63 \pm 2,21^*$	$10,21 \pm 0,84^{\#}$	$18,61 \pm 1,36^*$	$12,78 \pm 1,31^*$
ИЛ-4	$46,5 \pm 2,2$	$43,52 \pm 1,36^*$	$56,42 \pm 2,14^{*\#}$	$43,28 \pm 1,32^*$	$48,71 \pm 2,11$

Примечание: 1. * – $p < 0,05$ приравни с показателями здоровых лиц;
 2. [#] – $p < 0,05$ при сравнении показателей до и после лечения;
 3. ___ $p < 0,05$ при сравнении показателей между группами

Наибольшие изменения произошли в структурно-функциональных характеристиках основных клеток крови и микроциркуляторном русле у пациентов подгруппы «б». За счет снижения ССМЭ у больных подгруппы «б» в 1,2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с подгруппой «а» потенциально было достигнуто улучшение пластичности эритроцитов при движении по капиллярам. Очевидно, уменьшению количества

крупных тромбоцитов и их доли в общей тромбоцитарной массе способствовало противовоспалительное и антиагрегантное действие препарата омега-3 ПНЖК, что подтверждала динамика корреляционной связи между PDW и СРБ у больных подгруппы «б» по сравнению с лицами подгруппы «а». У лиц с ВП, сочетанной с ожирением, получавших комплексную терапию, произошла частичная нормализация показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, чего не наблюдалось у больных подгруппы «б», улучшение состояния КИ (Рисунок).



Рисунок – Динамика КИ у больных ВП, сочетанной с ожирением, на фоне дифференцированного лечения

Однако, большинство из указанных лабораторных показателей у больных подгруппы «б» улучшились, но не нормализовались: не было отмечено динамики показателей липидограммы, сохранялся системный воспалительный синдром с повышенными уровнями СРБ, ЛТВ4, ТхВ2, у пациентов остались нескорректированными дисбаланс цитокинов, дисбаланс фагоцитарной активности моноцитов, проагрегантное состояние с частично повышенными показателями АСТр и КИ, что требовало продолжения приема препарата омега-3 ПНЖК и проведения медицинской реабилитации. Через 1 мес. на фоне проведения медицинской реабилитации у пациентов подгруппы «б», в среднем, в 2 раза реже респираторный (в основном, у курильщиков) и астенический синдромы. Пациенты подгруппы «б» в тесте с 6-минутной ходьбой прошли, в среднем, на 34 м больше, чем больные подгруппы «а». При лабораторном обследовании в этой подгруппе отмечена нормализация уровней холестерина, триглицеридов и индекса НОМА, нормализация уровня СРБ, значительное снижение уровня ИЛ-4. При диспансерном наблюдении на амбулаторном этапе в течение 6 мес. позитивные результаты реабилитации реализовались в менее редкие эпизоды вирусных заболеваний, что подтверждает эффективность проведенного реабилитационного лечения. Так, у больных подгруппы «б» 3 пациента

(9,4%), а в подгруппе «а» 7 больных (22,6%) перенесли повторный эпизод вирусной инфекции, 1 пациент – острый гнойный гайморит и 1 – острый пиелонефрит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационной работе приведено решение актуальной научной задачи в области медицины, а именно внутренних болезней, которая заключается в установлении звеньев патогенеза более тяжелого и длительного течения ВП, сочетанной с ожирением и разработаны способы комплексной терапии данной патологии с использованием препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, а в медицинской реабилитации больных с такой коморбидностью – иммуностропного препарата глюкозаминилмурамилдипептида.

Основу заключения составляют следующие выводы:

1. Клинические проявления внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, характеризуются в 100% случаев респираторным, интоксикационным синдромами и в 77,8% случаев – астеническим, а также дислипидемией, инсулинорезистентностью. При этом у 35,5% пациентов ($p < 0,05$) заболевание имеет затяжное течение с длительным рассасыванием пневмонического инфильтрата и сниженной толерантностью к физической нагрузке.

2. Внегоспитальная пневмония, сочетанная с ожирением, проявляется высоким уровнем системного воспаления с концентрацией С-реактивного белка, лейкотриена В₄ и томоксана В₂ в 1,3 раза ($p < 0,05$) выше, чем у больных ВП без ожирения в начале болезни, и сохранение их повышенными при клиническом выздоровлении.

3. У пациентов с внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, имеет место дисбаланс оппозиционных цитокинов, характеризующийся значительным повышением в крови уровня провоспалительного ИЛ-8 и недостаточным увеличением – противовоспалительного ИЛ-4, угнетение фагоцитарной активности моноцитов.

4. При внегоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением, у пациентов развиваются нарушения микроциркуляторного русла во всех отделах, с повышением всех конъюнктивальных индексов, возрастает сорбционная способность мембран эритроцитов в 1,5 раза ($p < 0,05$), увеличиваются размеры тромбоцитов и число крупных тромбоцитов в общей тромбоцитарной массе, а также активируется их агрегационная способность.

5. Под влиянием традиционной терапии внегоспитальной

пневмонии, сочетанной с ожирением, наряду с клиническими признаками выздоровления (при выписке из стационара) у пациентов сохраняется системный воспалительный синдром с повышением С-реактивного белка в 2 раза, лейкотриена В₄ - в 7,1 раза, тромбксана В₂ - в 7,6 раза ($p < 0,001$), остаются повышенными показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, сохраняется дисбаланс цитокинов ИЛ-8 и ИЛ-4 и фагоцитарной активности моноцитов.

6. Комплексная терапия пациентов с внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, на стационарном этапе способствует снижению воспалительных проявлений болезни и частичной нормализации агрегационной способности тромбоцитов с улучшением показателей микроциркуляции.

7. Комплексная терапия больных с сочетанной патологией на амбулаторном этапе способствовала восстановлению уровня СРБ, устранению дислипидемии и инсулинорезистентности, дисбаланса фагоцитарной активности моноцитов, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению эпизодов воспалительных заболеваний при диспансерном наблюдении.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для диагностики степени выраженности системного воспаления у больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением, целесообразно, наряду с учетом клинических проявлений и определением уровня С-реактивного белка, исследовать концентрацию в крови лейкотриена В₄, тромбксана В₂, фагоцитарную активность лейкоцитов и агрегационную способность тромбоцитов.

2. Показатель СРБ > 16 мг/л, уровень ЛТВ₄ > 6876 пг/мл и ТхВ₂ > 2889 пг/мл, являются признаками высокой активности системного воспаления у больных ВП, сочетанной с ожирением, а также наличие дислипидемии с повышенным уровнем общего холестерина и триглицеридов требуют назначения дополнительной противовоспалительной и гиполипидемической терапии.

3. При наличии высоких показателей системного воспаления у пациентов с ВП, сочетанной с ожирением, показано дополнение терапии препаратом омега-3 ПНЖК в фармакопейно допустимых дозах и режиме не менее 1 мес.

4. В реабилитационном периоде больным ВП, сочетанной с ожирением, необходимо применять препарат ГМДП в дозе 1 мг натощак за 30 мин. до завтрака в течение 10 дней, сочетая его с диетотерапией и комплексом физических и дыхательных упражнений.

**Основные научные публикации по теме
диссертационного исследования**

*Статьи, опубликованные в рецензируемых научных изданиях,
рекомендованных ВАК при МОН ЛНР для публикации основных
результатов диссертационных исследований*

1. Особенности течения внегоспитальной пневмонии (по материалам терапевтического отделения) / В.А. Шупер, И.В. Литвинченко, Е.В. Горбова, С.В. Шупер, Ю.И. Вагина, Д.А. Некрасов, Е.С. Штыка, И.А. Лавринчук, О.О. Титова // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 5. – С. 208-211.
2. Мирошникова, Е.Н. Пневмония: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике / Е.Н. Мирошникова, Ю.И. Вагина, Г.П. Победенная // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии. - 2018. – №3 (147) – С. 122-142.
3. Вагина, Ю.И. Эффективность антиагрегантной терапии у больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением / Ю.И. Вагина // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии. - 2022. - № 2 (170) – С. 292-298.

Доклады на научных конференциях

4. Шупер В.А. Диагностика и лечение негоспитальной пневмонии в терапевтической практике / В.А. Шупер, Ю.И.Вагина, С.В. Шупер // Материалы V съезда фтизиатров и пульмонологов. – м. Київ, 6-8 ноября 2013 г. – С. 243.
5. Вагіна, Ю.І. Ейкозаноїди при пневмонії, поєднаній з ожирінням – нові орієнтири тяжкості? / Ю.І. Вагіна // Збірка тез всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації - 2014». - Запоріжжя, 15-16 травня 2014 р. – С. 61-62.
6. Вагіна, Ю.І. Значення сучасних статистических досліджень при пневмонії, поєднаній з ожирінням / Ю.І. Вагіна // Матеріали I Міжнародного медичного форуму Донбасу «Наука пережить... боліть». – Донецьк, 15-16 листопада 2017 г. – С. 25.
7. Факторы нарушения микроциркуляции при пневмонии, ассоциированной с ожирением / Г.П. Победенная, Ю.И. Вагина, Л.И. Кострюкова, А.Н. Шевцова // Сборник трудов XXVII Национального Конгресса по болезням органов дыхания. - Санкт-Петербург, 17-20 октября 2017 г. – С. 13-14.
8. Победенная, Г.П. Предикторы микроциркуляторных

расстройств при пневмонии, ассоциированной с ожирением / Г.П. Победенная, Ю.И. Вагина // Материалы Международной научно-практической конференции «Здоровье людей – высшее благо общества». - Луганск, 19 декабря 2017 г. - С.148.

9. Вагина, Ю.И. Содержание лейкотриена В4 в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением / Ю.И. Вагина, Г.П. Победенная // Сборник тезисов IV съезда терапевтов СКФО. - Ставрополь, 17-18 мая 2018 г. – С. 55-56.

10. Вагина, Ю.И. Факторы риска тяжелого течения негоспитальной пневмонии у больных с ожирением / Ю.И. Вагина, Г.П. Победенная, А.И. Григорович // Сборник трудов XXVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания. - Москва, 16-19 октября 2018 г. – С. 24-25.

11. Вагина, Ю.И. Эйкозаноиды при пневмонии, сочетанной с ожирением, - новые ориентиры тяжести? / Ю.И. Вагина, Г.П. Победенная, В.И. Сиротин // Сборник материалов межрегиональной конференции терапевтов Южного федерального округа «Инновационные технологии в терапии: от клинических исследований к практике». - г. Ростов-на-Дону, 19 октября 2018 г. – С. 139-140.

12. Вагина, Ю.И. Значение некоторых эйкозаноидов сыворотки крови у больных пневмонией, ассоциированной с ожирением / Ю.И. Вагина, Г.П. Победенная, Т.А. Скиба // Материалы II Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждает ... болезнь». – Донецк, 14-15 ноября 2018 г. – С. 38.

13. Победенная, Г.П. Предикторы микрогемодиализаторных нарушений у больных пневмонией, сочетанной с ожирением / Г.П. Победенная, Ю.И., Вагина, Л.Н. Кострюкова // Материалы IV Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждает ... болезнь». - Донецк, 12-13 ноября 2020 г. – С.409.

АННОТАЦИЯ

Вагина Ю.И. Клинико-патогенетическая характеристика пневмонии, сочетанной с ожирением, современные методы лечения и медицинской реабилитации больных. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни (медицинские науки). – ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ». – Луганск, 2022.

Диссертация посвящена изучению клинических и патогенетических особенностей течения внегоспитальной пневмонии, сочетанной с ожирением, и повышению эффективности лечения пациентов с данной патологией. Установлены клинические особенности: затяжное течение заболевания, дислипидемия, инсулинорезистентность. При выписке у больных сохраняется системное воспаление, структурно-функциональные нарушения основных клеток крови: эритроцитов, тромбоцитов, моноцитов, сниженная толерантность к физической нагрузке. Разработанный комплекс лечения и реабилитации продемонстрировал высокую клиническую эффективность.

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, ожирение, системное воспаление, медицинская реабилитация, омега-3 ПНЖК, глюкозаминилмурамилдипептид.

SUMMARY

Vagina Ju.I. Clinical and pathogenetic characteristics of pneumonia associated with obesity, modern methods of treatment and medical rehabilitation of patients. - Manuscript.

Dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences in the speciality 14.01.04 - Internal Diseases (medical sciences). - SAINT LUKA LSMU. - Lugansk, 2022.

The dissertation is devoted to the study of clinical and pathogenetic features of the course of community-acquired pneumonia, combined with obesity, and increasing the effectiveness of the treatment of patients with this pathology. Clinical features were established: protracted course of the disease, dyslipidemia, insulin resistance. At discharge, systemic inflammation persists, structural and functional disorders of the main blood cells: erythrocytes, platelets, monocytes, reduced exercise tolerance. The developed complex of treatment and rehabilitation demonstrated high clinical efficiency.

Keywords: community-acquired pneumonia, obesity, systemic inflammation, medical rehabilitation, omega-3 PUFAs, glucosaminylmuramyl dipeptide.

Подписано в печать 09.11.2022 г.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 1.0.
Тираж 100 экз. Заказ № 259.
Цена договорная.

Отпечатано в
типографии издательства «Шико»
на цифровом комплексе Rank Xerox DocuTech 135.
91490, г. Луганск, пос. Тепличное, ул. Совхозная, д. 4а, кв. 6.
тел. 050-874-16-76.